



# COMUNE DI SOGLIANO AL RUBICONE

Provincia di Forlì – Cesena

AREA SERVIZI ALLA PERSONA – SVILUPPO ECONOMICO



**LOCALITA' PINARELLA DI CERVIA ( RA )**

**ENTE GESTORE**

ASSOCIAZIONE SPORTINSIEME con sede in via Molino Palazzo n. 18 47023 Cesena ( FC )

**ETA'**

Ragazzi dai 6 ai 14 anni residenti nel Comune di Sogliano al R

**PERIODO E ORARI**

Primo turno dal 29 giugno al 13 luglio 2009

Secondo turno dal 15 luglio al 25 luglio 2009

Dal lunedì al Venerdì dalle ore 08:50 alle ore 17:30, Sabato dal 08:50 alle 12:30

**ISCRIZIONI PRESSO UFFICIO SERVIZI ALLA PERSONA**

Le iscrizioni per un numero massimo di 35 partecipanti a turno si ricevono mediante apposita modulistica predisposta dall'ufficio scrivente.

E' ammissibile la partecipazione ad entrambi i turni solo nell'ipotesi in cui vi sia disponibilità di posti con precedenza per coloro che non vi abbiano mai partecipato.

L'orario di ricevimento al pubblico è il seguente: lunedì dalle 9,00 alla 13,00, martedì dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 17,00, mercoledì chiuso; giovedì dalle 7,30 alle 13,00, venerdì dalle 9,00 alle 13,00, sabato dalle 9,00 alle 12,30.

tel. 0541/817305; 0541/817311 – fax 0541/817329 – e.mail [scuola@comune.sogliano.fc.it](mailto:scuola@comune.sogliano.fc.it)

**ATTIVITA' SPORTIVE E CULTURALI**

Attività balneari, sportive, piscina, giochi, pittura

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

Giornata intera con pranzo € 100,00 da versare presso la Cassa di Risparmio di Cesena S.p.a. – Filiale di Sogliano al Rubicone – c/c: 000000002300 cin: L abi: 06120 cab 68060  
IBAN: IT10 L061 2068 0600 0000 0002 300.

- Per le famiglie con reddito ISEE inferiore ad € 10.000,00 si applica una riduzione del 10% sull'importo complessivo della retta;
- Per le famiglie con due o più figli frequentanti i centri estivi si applica la riduzione del 10% sull'importo complessivo della retta.

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CENTRI ESTIVI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in  
qualità di genitore ( o chi ne fa le veci) del/della  
ragazzo/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Sogliano al R.  
(frazione \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- che il/a proprio/a figlio/a possa partecipare al centro estivo organizzato dal Comune in collaborazione con l'Associazione "Sportinsieme" di Cesena nel turno indicato ( apporre una crocetta sul quadretto relativo al periodo che interessa):

- 1° turno: dal 29 giugno al 11 luglio al 2009;**  
 **2° turno: dal 15 luglio al 25 luglio 2009 ;**

A tal fine allega:

- scheda sanitaria
- ricevuta di pagamento di € 100,00 effettuato presso CASSA DI RISPARMIO DI CESENA S.P.A. C/C: 000071220900, CIN: K, ABI: 06120, CAB: 68060 con causale "pagamento centro estivo 2009" indicando se si tratta di primo o secondo turno ".
- **Per le famiglie con reddito ISEE inferiore ad € 10.000,00 si applica una riduzione del 10% sull'importo complessivo della retta;**
- **Per le famiglie con due o più figli frequentanti i centri estivi si applica la riduzione del 10% sull'importo complessivo della retta.**
- 

Con riferimento a quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003, recante disposizioni in tema di tutela della privacy, esprime il consenso al trattamento dei dati personali ritenuti necessari per il procedimento.

Sogliano al R., \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs. 196/03**

I dati personali comunicati nell'istanza e nella documentazione ad essa allegata sono necessari ed utilizzati esclusivamente per le finalità di cui al presente intervento. Le operazioni di trattamento saranno effettuate con l'ausilio di mezzi informatici. Il conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'impossibilità di accedere ai contributi.

Titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Comunale di Sogliano al Rubicone e il responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Servizi alla Persona.

Allegato 1  
**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**  
**SANITARY CARD FOR MINORS**

cognome – surname		nome – first name	
luogo e data di nascita – place and date of birth		nazionalità – nationality	
residenza – indirizzo – telefono / domicile – complete address – phone		Tel.	
medico curante/ doctor in charge	libretto sanitario nr.	Distretto	

**MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES**

	Si - yes	no	non so - unknown	vaccinato - vaccinated	si – yes	n o
<b>Morbillo - measles</b>	Si - yes	no	non so - unknown	vaccinato - vaccinated	si – yes	n o
<b>Parotite - mumps</b>	Si - yes	no	non so - unknown	vaccinato - vaccinated	si – yes	n o
<b>Pertosse -whooping cough</b>	Si - yes	no	non so - unknown	vaccinato - vaccinated	si – yes	n o
<b>Rosolia - rubella</b>	Si - yes	no	non so - unknown	vaccinato - vaccinated	si – yes	n o
<b>Varicella - varicella</b>	Si - yes	no	non so - unknown	vaccinato - vaccinated	si – yes	n o

**ALLERGIE – ALLERGIES**

	specificare – specificity
<b>Farmaci – drugs</b>	
<b>Pollini – pollens</b>	
<b>Polveri – dust</b>	
<b>Muffe – moulds</b>	
<b>Punture di insetti – insect stings</b>	

Altro – other  
disease: \_\_\_\_\_

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – included papers concerning disease and therapies in progress: \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari – food  
intolerances: \_\_\_\_\_

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) – As regards the minor (bar the tight choice):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici  
no medical help was requested in the last 5 days

è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività  
medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to controindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

data- date \_\_\_\_\_

firma di chi esercita la potestà parentale  
signature of the person exercising parental authority  
\_\_\_\_\_

## Vaccinazioni eseguite

Compilare il prospetto delle vaccinazioni eseguite, avvalendosi della documentazione sanitaria in possesso. La compilazione del prospetto può essere sostituita da fotocopia del libretto pediatrico (solo le pagine dove sono state registrate le vaccinazioni) o da un certificato di vaccinazione (viene rilasciato dal Distretto Sanitario –settore Igiene Pubblica).

	1 dose	2 <sup>a</sup> dose	3 <sup>a</sup> dose	Richiami	
<b>Difterite-Tetano</b> <b>DT</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>Difterite-Tetano-Pertosse</b> <b>DTP</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>polio</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
<b>antiepatite B</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___		
<b>antiemofilo</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___		
<b>Morbillo-Parotite-Pertosse</b> <b>MPR</b>	___/___/___	___/___/___			
<b>morbillo</b>	___/___/___	___/___/___			
<b>parotite</b>	___/___/___				
<b>rosolia</b>	___/___/___				
<b>Altre (specificare):</b>					
_____	___/___/___				
_____	___/___/___				